

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,  
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,  
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2015

Таблица 1. Уровни стероидных гормонов в сыворотке крови, Ме (Q1-Q3)

Гормон	Основная группа, n=52	Контрольная группа, n=30	p
Прогестерон, нмоль/л	410 (362-420)	420 (370-420)	0,881
Эстрадиол, нмоль/л	16,5 (12,9-19,)	20,3 (16,6-21,5)	0,003
Кортизол, нмоль/л	665 (310-925)	880 (610-950)	0,025

ственно,  $p < 0,05$ ). Известно, что эстрадиол является наиболее активным представителем эстрогенов и отвечает за нормальное течение гестации. Гормон способствует развитию комплекса биохимических изменений, обеспечивающих миоэпителиальную пластичность материала и энергетическими ресурсами [2].

Уровень кортизола в 1 группе составлял 665 (310-925) нмоль/л, что было статистически ниже в сравнении с группой контроля – 880 (610-950) нмоль/л,  $p < 0,05$  соответственно. В период беременности кортизол относится к гормонам фетоплацентарного комплекса. Его образование идет в плаценте, печени и надпочечниках плода. Глюкокортикоиды активирует глюконеогенез и глюконеогенез, обмен белков и увеличивает пул свободных аминокислот, оказывают иммунорегулирующие действия [1].

**Выводы.** Таким образом, невынашивание беременности развивалось на неблагоприятном прегравидарном фоне. Снижение уровней эстрадиола и кортизола у пациенток с угрожающими преждевременными родами свидетельствует о нарушении

стероид-синтезирующей функции плаценты у данной группы беременных, что может отражаться на дальнейшем течении и исходе беременности.

#### Литература

1. Kallen, C.B. Steroid hormone synthesis in pregnancy / C.B. Kallen // *Obstet Gynecol Clin. North. Am.* – 2004. – Vol. 31, N 4. – P. 795–16.
2. Довжикова, И.В. Синтез половых стероидных гормонов в плаценте (обзор литературы) / И.В. Довжикова // *Бюл. физ. и пат. дых.* – 2011. – № 41. – С. 85–88.
3. Сидорова, И.С. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И.С. Сидорова, И. О. Макаров. – М.: Мед. информ. Агентство, 2005. – 295 с.
4. Szekeres-Bartho, J. Progesterone receptor-mediated immunomodulation and anti-abortion effects: The role of PIBF / J. Szekeres-Bartho // *Gynecological Endocrinology.* – 2001. – Vol. 15, N 5. – P. 43–47.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

*Елисеев Л.Н.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** По современным представлениям, генитальный эндометриоз – дисгормональное, иммунозависимое, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся эктопией эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием [1]. Согласно последним данным, поражает преимущественно женщин репродуктивного возраста [2]. По данным ряда авторов частота эндометриоза в популяции составляет до 10%, в то время как в группе пациенток с бесплодием и тазовой болью – 50-60% [3]. Доминирующими жалобами у пациенток с активным клиническим течением эндометриоза являются тазовые боли, отказ от половой жизни, из-за выраженной боли. По данным одних авторов хирургическое удаление эндометриозных очагов значительно облегчает течение болевого синдрома. Данные других исследователей говорят о необходимости супрессивной постоперационной гормонотерапии для облегчения болевого синдрома [2]. Исчезновение или облегчения тазовой боли, улучшение качества жизни, отсрочка рецидива – это основные задачи которые необходимо решить врачу, для чего необходимо выбрать план лечения пациента.

**Цель исследования** – изучить изменение болевого синдрома у пациенток с верифицированным генитальным эндометриозом до и после операции

с целью оценки эффективности применения «Диеноста».

**Материал и методы.** В соответствии с поставленной целью в наше исследование было включено 43 пациентки с верифицированным генитальным эндометриозом, после эндохирургического лечения. Возраст пациенток составил от 23 до 39 лет. Все пациентки находились на обследовании и лечении гинекологическом отделении УЗ «Витебского областного клинического специализированного центра» города Витебска за период 2010-2014 гг. Средний возраст обследованных составил  $29,5 \pm 4,72$  лет. Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели 18,8% обследованных (соответственно, не было беременностей у 81,2%). Длительность основного заболевания составила от 6 месяцев до 4,5 лет (в среднем  $0,48 \pm 0,07$  лет).

Все пациентки были оперированы лапароскопическим доступом с верифицированным диагнозом «наружный генитальный эндометриоз, стойкий болевой синдром» с максимально возможным иссечением эндометриозных очагов и эндометриозных инфильтратов.

Пациентки были разделены на две группы: I – группу составили 21 пациенток (48,8%), перенесших удаление эндометриозных гетеротропий без медикаментозной супрессивной гормонотерапии

Таблица 1. Оценка результатов качества жизни после лечения пациентов с наружным эндометриозом

Шкала опросника SF- 36	I группа (баллы)	II группа (баллы)	P
Физическое функционирование	81	56	<0,05
Рольное функционирование	76	55	<0,05
Боль	83	61	<0,05
Общее состояние здоровья	71	54	<0,05
Жизнеспособность	74	58	<0,05
Социальное функционирование	79	53	<0,05
Рольное эмоциональное функционирование	83	60	<0,05
Психологическое здоровье	77	58	<0,05
Половая функция	75	59	<0,05
Итого	78,67	57,34	<0,05

в постоперационном периоде, II - группу составило 22 пациенток (51,2%) - перенесших удаление эндометриодных гетеротропий с последующей медикаментозной супрессивной гормонотерапией в постоперационном периоде. В качестве супрессивной гормонотерапии назначали «Диенгест» 2мг в непрерывном режиме в течение 4-6 месяцев. Оценка изменения болевого синдрома и диспареунии оценивали с помощью специального опросника SF- 36 и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистический анализ осуществляли с помощью стандартного пакета «Statistica 6».

**Результаты и обсуждение.** После эндохиргического лечения все пациентки были распределены по стадиям по rASF классификации I-II у 28%, III-IV у 72%. Оценка по ВАШ болей при половой жизни до операции у пациенток I группы составило  $8,2 \pm 1,2$ , у пациенток II группы  $8,1 \pm 1,1$ . Гистологическое подтверждение эндометриоза получено у всех пациенток. Через 6 месяцев был оценен болевой синдром в обеих группах. В I группе пациенток, которым применялось только эндохиргическое лечение, оценка по шкале ВАШ болей при половой жизни составило  $6,7 \pm 1,2$ . Оценка болей при половой жизни у пациенток II группы, которым помимо эндохиргического удаления эндометриодных гетеротропий применялась постоперационная супрессивная гормонотерапия, в течение 4-6 месяцев составила -  $3,4 \pm 1,3$  по шкале ВАШ. Оценку качества жизни проводили по специальному опроснику (таб. 1). В результате были получены следующие данные, так пациентки I подгруппы имели следующие

средние данные – 78,67 баллов. Во II подгруппе, где была проведена супрессивная постоперационная терапия, средние данные составили 57,34 балла, между группами ( $p < 0,05$ ). Следовательно, применение супрессивной гормонотерапии приводит к значительному улучшению качества жизни.

#### Выводы.

1.Постоперационная супрессивная гормонотерапия приводит к значительному улучшению качества жизни пациента при наружном генитальном эндометриозе, сопровождающимся стойким болевым синдромом.

2.Для решения вопросов о длительности и режимах пролонгированного назначения супрессивной терапии необходима регулярная оценка качества жизни и возникновения рецидивов в течение нескольких лет.

#### Литература

1. Андреева, Е.Н. Клинический профиль российских пациенток с диагнозом «генитальный эндометриоз», получающих лечение агонистом гонадотропного рилизинг-гормона / Е.Н. Андреева, Л.В. Адамьян // Проблемы репродукции. – 2011. – № 2. – С. 50–62.
2. Дивакова, Т.С. Основы лапароскопии и гистероскопии в акушерско - гинекологической практик / Т.С. Дивакова. – Витебск, 2001. – 114 с.
3. Koninckx, P.R. Centers of excellence in endometriosis surgery or centers of excellence in endometriosis / P.R. Koninckx // Gynecol Surg 2010. – Vol. 17, N 2. – P. 107–11.

## СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

*Жукова Н.П., Арестова И.М., Киселева Н.И., Кожар Е.Д., Дейкало Н.С.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Будущий экономический и интеллектуальный потенциал любой страны в значительной мере определяется количественными и качественными характеристиками здоровья, которыми обладает ее молодежь [1,3].

Подростки, независимо от пола, отличаются транзитной гиперсексуальностью и, если, путем воспитания в семье (не позже, чем до 10-12 –лет-

него возраста) не было создано психологического барьера для раннего сексуального дебюта, половая жизнь может начаться уже в подростковом возрасте [2].

**Целью** исследования явилось изучение информированности о репродуктивном здоровье девочек-подростков, их репродуктивные установки, сексуальное и репродуктивное поведение.